

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО "ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 68-ой научной сессии сотрудников университета

31 января – 1 февраля 2013 года

ВИТЕБСК - 2013

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, доцент Э.А. Аскерко, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент В.В. Столбицкий, доцент И.А. Флоряну

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.

Материалы 68-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2013. – 663 с.

ISBN 978-985-466-633-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2013

ISBN 978-985-466-633-4

Таблица 1.

Частота событий в отдаленном периоде у пациентов с АГ и сочетанием АГ и ХБ

События*	АГ n=130	АГ + ХБ n=37	Р
Посещение поликлиник	51 (39,2%)	13 (35,1%)	0,76
Госпитализации по поводу повышения АД	25 (19,2%)	10 (27,0%)	0,41
Вызовы СМП по поводу повышения АД	34 (26,2%)	12 (32,4%)	0,57
Инфаркт миокарда	4	1	0,67
Инсульт	1	3	0,04
ТИА	1	0	0,80
Нестабильная стенокардия	4	0	0,37

Примечание: ТИА – транзиторная ишемическая атака, * – показатели даны в количестве человек.

Следует отметить, что ПСВ у пациентов 2-й группы, перенесших инсульт, была ниже должных показателей ($77,7 \pm 8,7\%$). Таким образом, за период наблюдения у пациентов с сочетанием АГ и хронического обструктивного бронхита выявлено достоверное повышение числа инфарктов головного мозга по сравнению с пациентами 1-й группы ($p=0,04$).

Выводы:

1. 38,7% респондентов с АГ и 38,0% лиц с сочетанием АГ и ХБ, ежедневно принимавшие антигипертензивные средства, на момент обследования имели нормальное артериальное давление.
2. За период наблюдения выявлено, что у пациентов с сочетанием АГ и хронического обструк-

тивного бронхита достоверно чаще развивался инсульт по сравнению с пациентами с АГ без хронического бронхита в анамнезе ($p=0,04$).

3. Разработана система независимого (вне учреждений здравоохранения) контроля лечебных мероприятий и оценки отдаленных событий у пациентов с АГ и ХБ.

Литература:

1. Mannino, D.M., Global Initiative on Obstructive Lung Disease (GOLD) classification of lung disease and mortality: findings from the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study / D.M. Mannino, D.E. Doherty, S.A. Buist // Respir. Med. – 2006. – № 100 (1). – P. 115-122.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ, НАБЛЮДАВШИХСЯ В ВИТЕБСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ № 3 (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ)

Сиваков В.П., ¹ Новикова Л.Г., ² Редненко Л.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

ГУЗ «Витебская городская клиническая поликлиника № 3»²

Актуальность. Согласно «сердечно-сосудистому континууму», развитие диастолической дисфункции миокарда левого желудочка является одним из ранних нарушений функции миокарда, что ведёт к развитию хронической сердечной недостаточности и усугубляет её течение [1, 2].

Цель. Оценить распространённость диастолической дисфункции миокарда левого желудочка у лиц, наблюдавшихся в витебской городской клинической поликлинике № 3.

Материал и методы. Нами проанализированы данные 353 пациентов в возрасте от 18 до 75 лет (время наблюдения с 2001 по 2012 гг.).

Пациенты наблюдались в амбулаторных условиях на приёме у участковых терапевтов. Всем проводилось общеклиническое обследование и ультразвуковое исследование сердца.

Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка определялась по общепризнанным критериям [3], и разделялась на типы: гипертро-

фический, псевдонормальный и рестриктивный.

Результаты и обсуждение. Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка была выявлена у 155 пациентов из 353 обследуемых, что составило около 44 % от всех наблюдаемых лиц. Из них страдали только ИБС – 3 человека (1,93 %), только АГ – 19 пациентов (12,26 %), ИБС с АГ – 133 пациента (85,81 %). Распространённость инфаркта миокарда составила 52,26 % (81 пациент), инсульт в анамнезе был у 31 пациента, что составило 20,00 %, хроническая сердечная недостаточность выявлялась у 101 пациента - 65,16 %, преходящие нару-

шения ритма регистрировались у 28 пациентов (18,0 %), сахарный диабет наблюдался у 27 человек (17,42 %).

Данные по наблюдаемым пациентам в соответствии с типом диастолической дисфункции миокарда левого желудочка представлены в таблице.

Из представленной таблицы видно, что гипертрофический тип диастолической дисфункции миокарда левого желудочка встречается чаще, чем псевдонормальный и рестриктивный (гипертрофический – 81,93 %, псевдонормальный – 9,68 %, рестриктивный – 8,39 %).

Таблица.

Сравнительная характеристика пациентов в зависимости от типа диастолической дисфункции миокарда левого желудочка

	Тип диастолической дисфункции ЛЖ		
	гипертрофический	псевдонормальный	рестриктивный
Количество пациентов	127	15	13
Мужчины	71	11	11
Женщины	56	4	2
ИБС	3	-	-
АГ	18	1	-
ИБС с АГ	106	14	13
ИМ	61	11	9
Инсульт	23	4	4
Нарушение ритма преходящие	20	4	4
СД 2 тип	20	6	1
ХСН	73	15	13
Отсутствие приверженности к лечению	1	2	2
Смертность от БСК	55	12	11
Смертность от инсульта и его последствий	11	3	-
Смертность другие причины	2	-	-

Примечание: ЛЖ – левый желудочек, ИБС – ишемическая болезнь сердца, АГ – артериальная гипертензия, ИМ – инфаркт миокарда, СД – сахарный диабет, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, БСК – болезни системы кровообращения.

Выводы.

1. Диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка является достаточно распространённой у лиц с сердечно-сосудистой патологией и сахарным диабетом.

2. Смертность у пациентов с диастолической дисфункцией за период наблюдения достигла 60,64 % (59,35 % - от БСК и инсульта и его последствий и 1,29 % - от других причин).

3. Данные проведённого исследования могут быть положены в основу разработки прогностических моделей.

4. Результаты исследования необходимо учитывать при планировании профилактических мероприятий в первичном звене здравоохранения.

Литература:

1. Pritchett, A.M. Diastolic dysfunction and left atrial volume / A.M. Pritchett, D.W. Mahoney, S.J.

Jacobsen, R.J. Rodeheffer, B.L. Karon, M.M. Redfield // Journal of the American College of Cardiology. – 2005. – Vol. 45, №. – P. 87-92.

2. Maharaj, R. Diastolic dysfunction and heart failure with a preserved ejection fraction: relevance in critical illness and anesthesia / R. Maharaj //

Journal Saudi Heart Association. – 2012. – Vol. 24. – P. 109-121.

3. Recommendations for the evaluation of left ventricular diastolic function by echocardiography / S.P. Nagueh [et al.] // Journal society echocardiology. – 2009. – Vol. 22. – P. 107-133.

САМОКОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, НЕКОТОРЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Симанович А.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. В настоящее время метод самостоятельного контроля артериального давления (СКАД) признан необходимым элементом контроля артериального давления (АД) в рекомендациях российских, европейских и североамериканских специалистов [1]. Получено большое количество данных относительно положительного влияния использования СКАД на повышение приверженности больных АГ к лечению, что в конечном итоге повышает эффективность длительной антигипертензивной терапии (АГТ) [2, 3]. Исследования показали, что в группе больных АГ с использованием метода СКАД в течение 1–1,5 лет амбулаторного лечения наблюдалась более высокая приверженность к лечению, чем у больных, не применявших метод СКАД (88,6% и 54% соответственно), и достижение целевого уровня АД было отмечено у большего числа пациентов в группе использования СКАД (49% и 22%, соответственно) [1]. Преимущества ежедневного самоконтроля АД и

заполнения дневника: возможность регулярного определения своего АД; определение тех событий и ситуаций, которые приводят к повышению АД в течение дня; значительно снижает риск развития осложнений сердечно-сосудистых заболеваний, так как позволяет вовремя реагировать на повышение АД; позволяет определить эффективность лечения; снижаются затраты на лечение; улучшается качество жизни.

Правила заполнения дневника. В дневнике пациент должен записывать значения АД и пульса, обычно 3 раза в день: утром после пробуждения (утренние измерения следует проводить до приема лекарств), днем и в конце дня; указывать, какое и когда принял лекарство, а также, если возможно, время активности и приема пищи, период сна, записать допущенные погрешности в диете, имевшие место стрессовые ситуации, метеофакторы, т.е. все, что может повлиять на уровень АД.

Пример дневника таблица 1.

Таблица 1.

Дневник для самостоятельного контроля за АД

Дата	Время	АД, мм рт.ст.	Пульс, уд./мин	Название лекарства, доза	Примечание (стрессовые ситуации, метеофакторы, погрешности в диете, острые или обострение хронических заболеваний и др.)
01.10.12	8.00	130/80	70	Эналаприл 10мг, Ин-дап 2,5мг	
	14.00	125/80	68		
	20.00	160/90	73	Эналаприл 20мг	

С помощью дневника пациента врач сможет определить факторы, отрицательно влияющие на АД с тем, чтобы правильно подобрать лекарство,

которое будет поддерживать его АД в течение суток на необходимом уровне.

Анализ данных. Данные, полученные в первый